



CURSO DE FORMAÇÃO DE
TERAPEUTAS
EM DEPENDÊNCIA QUÍMICA 2022

06/08/22



Transtorno de TDAH x Dependência de Álcool e outras Substâncias

Dr. Luis Gustavo
Médico da Clínica Jorge Jaber

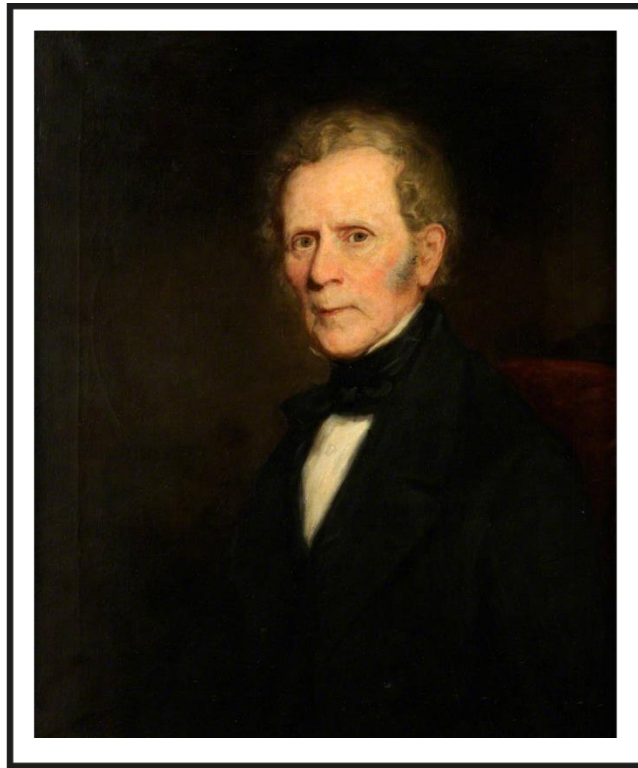
CLÍNICA
**JORGE
JABER**



Roteiro de Apresentação

- 1) Breve histórico
- 2) Diagnóstico e apresentação clínica
- 3) Prevalência
- 4) Diagnóstico diferencial
- 5) Etiologia
- 6) Prognóstico
- 7) Comorbidades

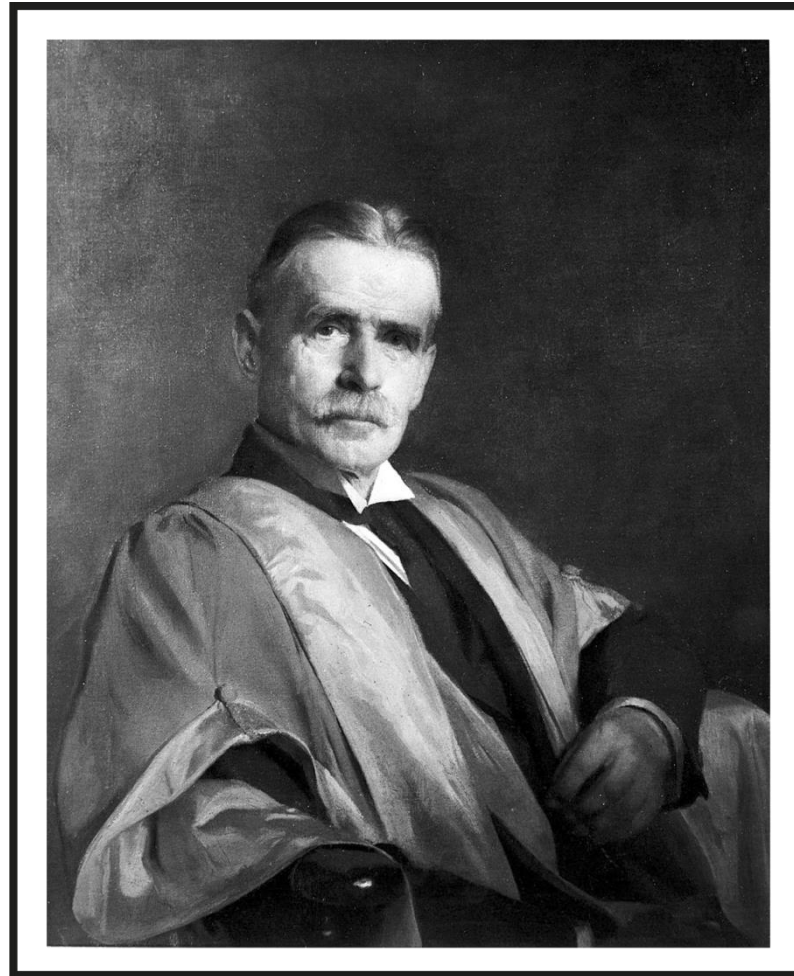
Alexander Crichton (1763 - 1856)



Descreveu um quadro mental com todas as características do **subtipo desatento do TDAH** (Mental Restlessness) em 1798.

An Early Description of ADHD (Inattentive Subtype):
Dr. Alexander Crichton and “ Mental Restlessness” (1798)
Erica D. Palmer & Stanley Finger, 2001

George Frederick Still (1868 - 1941)



The Goulstonian Lectures
ON
SOME ABNORMAL PSYCHICAL CONDITIONS
IN CHILDREN.

*Delivered before the Royal College of Physicians of
London on March 4th, 6th, and 11th, 1902.*

By GEORGE F. STILL, M.A., M.D. CANTAB.,
F.R.C.P. LOND.,

ASSISTANT PHYSICIAN FOR DISEASES OF CHILDREN, KING'S
COLLEGE HOSPITAL; ASSISTANT PHYSICIAN TO THE
HOSPITAL FOR SICK CHILDREN, GREAT
ORMOND-STREET.

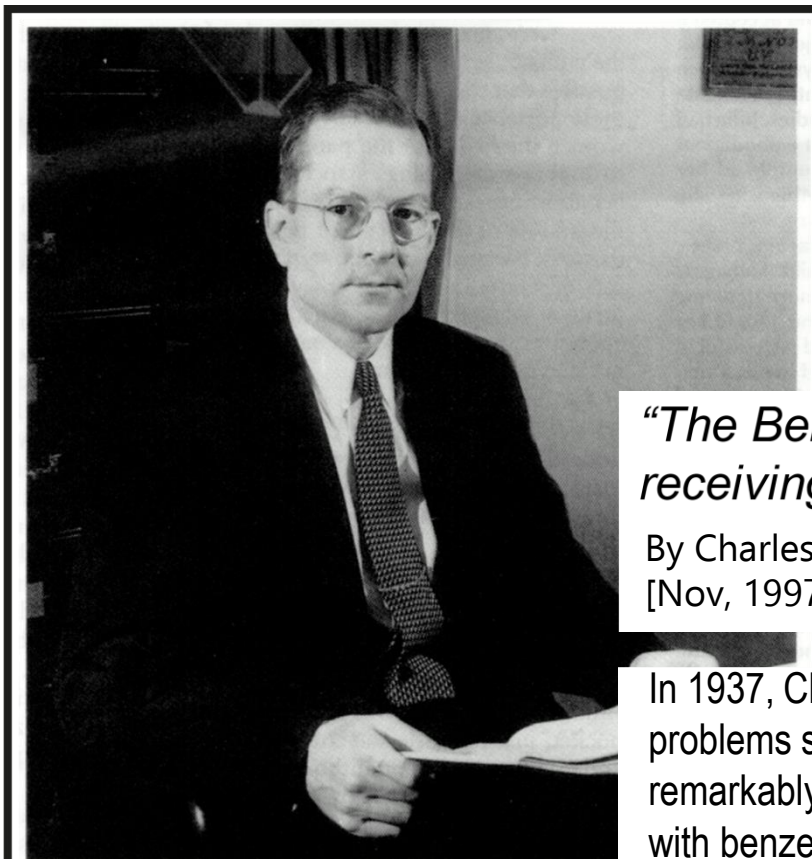
MR. PRESIDENT AND GENTLEMEN,—The particular psychological conditions with which I propose to deal in these lectures are those which are concerned with an abnormal defect of moral control in children. Interesting as these disorders may be as an abstruse problem for the professed psychologist to puzzle over, they have a very real practical—shall I say social—importance which I venture to think has been hardly sufficiently recognised.

MORAL CONTROL IN THE NORMAL CHILD.

It is perhaps hardly necessary to define what is meant by moral control. For the psychologist it is "the control of action in conformity with the idea of the good of all."

with other conditions in children. These qualities are—(1) passionateness; (2) spitefulness—cruelty; (3) jealousy; (4) lawlessness; (5) dishonesty; (6) wanton mischief-making—destructiveness; (7) shamelessness—immodesty; (8) sexual immorality; and (9) viciousness. The keynote of these qualities is self-gratification, the immediate gratification of self without regard either to the good of others or to the larger and more remote good of self.

all characterised by lack of moral control—(1) defect of cognitive relation to environment; (2) defect of moral consciousness; and (3) defect of inhibitory volition moral.



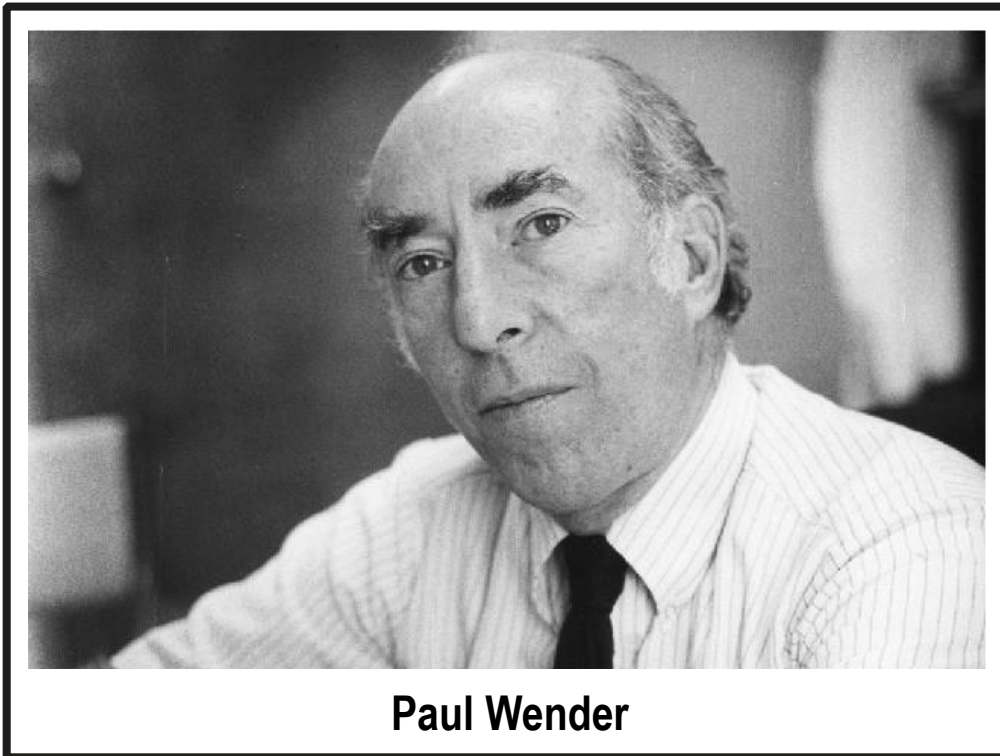
Charles Bradley, M.D., 1902–1979

Primeira descrição
do **uso de antifetaminas**
para hiperatividade em
crianças.

*“The Behavior of children
receiving benzedrine”*

By Charles Bradley, M.D, East Providence, R.I.
[Nov, 1937]

In 1937, Charles Bradley noted that 14 of 30 children with behavior problems showed a “spectacular change in behavior... remarkably improved school performance” during 1 week of treatment with benzedrine (1, p. 582).



Paul Wender

*Attention
Déficit
Hyperactivity
Disorder in Adults*

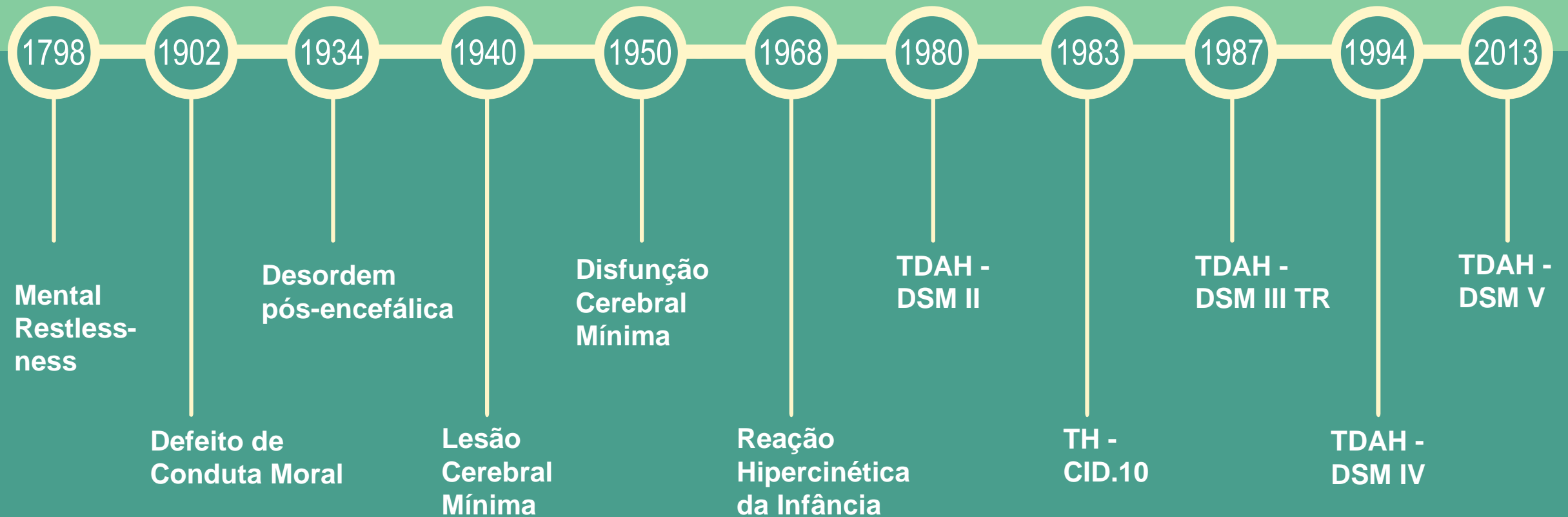
Paul H. Wender, M.D

Diagnosis and treatment of minimal brain dysfunction in adults: a preliminary report.

Wood DR, Reimherr FW, Wender PH, Johnson GE.
Arch Gen Psychiatry, 1976; 33: 1453-1460

TDAH

Através do tempo



Diagnóstico

CID-10

Critérios mais **restritivos**

Permite o diagnóstico apenas de pacientes com sintomas **de desatenção e hiperatividade**

DSM-V

Permite o diagnóstico dos seguintes subtipos:

- (1) Apresentação combinada
- (2) Apresentação predominantemente desatenta
- (3) Apresentação predominantemente hiperativa/impulsiva

DSM-V

- Sintomas manifestam-se antes dos 12 anos
- É imprescindível a presença de diversos sintomas de déficit de atenção, de hiperatividade e impulsividade
- Sintomas interferindo em pelo menos dois contextos sendo eles sociais ou acadêmicos
- Para adolescentes com idade a partir de 17 anos e adultos são necessários 05 sintomas de desatenção, hiperatividade ou impulsividade

Quadro I - Características clínicas dos sintomas de desatenção e hiperatividade/ impulsividade do TDAH

Desatenção	Hiperatividade/ impulsividade
<p>1 - Frequentemente deixa de prestar atenção a detalhes ou comete erros por descuido em atividades escolares, de trabalho ou outras.</p> <p>2 - Com frequência tem dificuldades para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas</p> <p>3 - Com frequência parece não escutar quando lhe dirigem a palavra;</p> <p>4 - Quase sempre não segue instruções e não termina seus deveres escolares; tarefas domésticas ou deveres profissionais (não por comportamento de oposição ou incapacidade de compreender instruções);</p> <p>5 - Costuma ter dificuldade para organizar tarefas e atividades;</p> <p>6 - Com frequência evita, antipatiza ou reluta em se envolver em tarefas que exijam esforço mental constante (como tarefas escolares ou deveres de casa);</p> <p>7 - Costuma perder coisas necessárias para tarefas ou atividades (por exemplo, brinquedos, tarefas escolares, lápis, livros ou outros materiais);</p> <p>8 - É facilmente distraído por estímulos alheios a tarefa;</p>	<p>1 - Costuma agitar as mãos ou os pés ou se remexer na cadeira;</p> <p>2 - Abandona, com frequência, sua cadeira em sala de aula ou outras situações nas quais se espera que permaneça sentado;</p> <p>3 - Costuma comer ou escalar com demasia, em situações nas quais isso é inapropriado (em adolescentes e adultos, pode estar limitado a sensações subjetivas de inquietação);</p> <p>4 - Com frequência tem dificuldade para brincar ou se envolver silenciosamente em atividades de lazer;</p> <p>5 - Está quase sempre “a mil” ou muitas vezes age como se estivesse “a todo vapor”;</p> <p>6 - Costuma falar em demasia;</p> <p>7 - Muitas vezes dá respostas precipitadas antes das perguntas serem contempladas;</p> <p>8 - Quase sempre tem dificuldade para aguardar sua vez;</p> <p>9 - Frequentemente interrompe ou se mete em assuntos de outros (por exemplo, intromete-se em conversas ou brincadeiras).</p>
9 - Muitas vezes apresenta esquecimentos em tarefas diárias.	

Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante o curso de esquizofrenia ou outro transtorno psicótico e não são mais bem explicados por outro transtorno psicótico e não são mais bem explicados por outro transtorno mental (p. ex., transtorno do humor, transtorno de ansiedade, transtorno dissociativo, transtorno de personalidade, intoxicação ou abstinência de substância).

Determinar o subtipo:

(1) Apresentação combinada: se tanto o critério de desatenção quanto o critério de hiperatividade-impulsividade são preenchidos.

(2) Apresentação predominantemente desatenta: se apenas o critério de desatenção é preenchido.

(3) Apresentação predominantemente hiperativa/impulsiva é preenchido.

Especificar a atividade gradual:

Leve: Poucos sintomas, se algum, estão presentes além daqueles necessários para fazer o diagnóstico e os sintomas resultam em não mais do que pequenos prejuízos no funcionamento social ou profissional.

Moderada: Sintomas ou prejuízo funcional entre “leve” e “grave” estão presentes.

Grave: Muitos sintomas além daqueles necessários para fazer o diagnóstico estão presentes, ou vários sintomas particularmente graves estão presentes, ou os sintomas podem resultar em prejuízo acentuado no funcionamento social ou profissional.

Diagnóstico em adultos

Critérios de Utah para TDAH em adultos

I. Diagnóstico retrospectivo de TDAH na infância

A. Critério estreito: atende aos critérios do DSM-V na infância por meio de entrevistas com os pais.

B. Critério amplo: os itens (1) e (2) são atendidos conforme relatos dos pacientes

1. Hiperatividade na infância

2. Déficits de atenção na infância

II. Características adultas: cinco sintomas adicionais, incluindo as dificuldades em curso com déficit de atenção e hiperatividade, e pelo menos três outros sintomas:

A. Déficit de atenção

B. Hiperatividade

C. Instabilidade de humor

D. Irritabilidade e temperamento agressivo

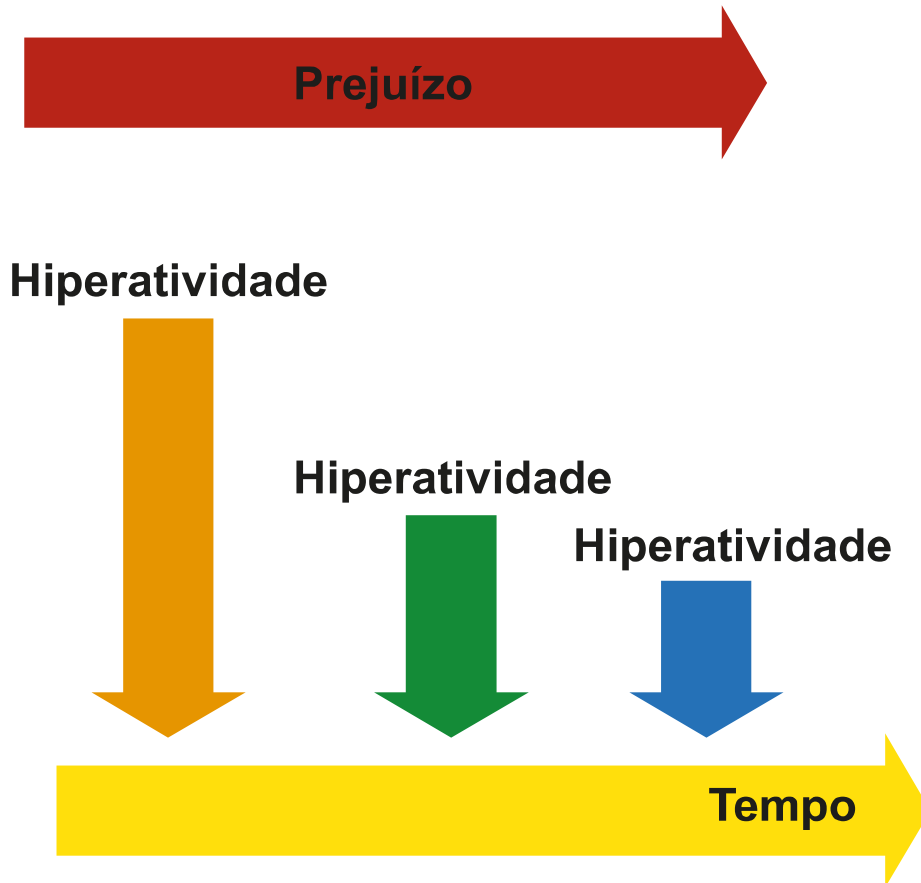
E. Tolerância alterada ao estresse

F. Desorganização

G. Impulsividade

III. Exclusões: não diagnosticado na presença de depressão grave, psicose ou transtorno grave da personalidade.

Evolução dos Sintomas



Na criança

Hiperatividade/ Inquietação

- A criança fica constantemente em movimento, ficar mexendo em coisas sem muita objetividade, não finaliza as suas brincadeiras e sobe ou tem necessidade de escalar a mobilia?

No adulto

Hiperatividade/ Inquietação

- Você sente a necessidade de ficar constantemente em movimento, ficar mexendo em coisas sem muita objetividade?
- Você vivencia situações de inquietação?
(ex. sensação subjetiva de inquietação)

Diferenças na apresentação (desatenção)

Na criança

- Dificuldade de manter atenção
- Não escuta
- Não segue instruções
- Desorganizado
- Perde coisas
- Distratibilidade

No adulto

- Dificuldades em:
 - manejar tempo
 - iniciar e terminar tarefas
 - trocar de estratégias
- Comportamento mal-adaptativo
 - esquisito
 - dependente
 - evita trabalhos “mentais”

Diferenças na apresentação (hiperatividade)

Na criança

- Inquietude
- Não consegue se sentar
- Corre excessivamente
- Não brinca em silêncio
- Fala excessivamente

No adulto

- Adapta a hiperatividade a trabalhos ativos
- Apesar de não subir nos móveis, ficam andando de um lado para o outro.
- Excesso de trabalho traz dificuldades conjugais

Diferenças na apresentação (impulsividade)

Na criança

- Intrometido
- Não espera sua vez
- Interrompe os outros

No adulto

- Piores consequências no adulto
- Baixa tolerância à frustração
- Temperamento impulsivo
- Mudança de emprego
- Multas de trânsito
- Uso de drogas
- Alterações de conduta
- Promiscuidade

Prevalência

Pelos critérios da CID-10 **2,5%**

Pelos critérios do DSM a prevalência mundial do TDAH é de \pm **5,3%**

40 a 60% das crianças afetadas manterão o diagnóstico na **idade adulta** (prevalência \pm **3%**)

Relação $\text{♂}/\text{♀}$ em amostras clínicas na **infância 6:1** em **adultos 1:1**

Transtornos que podem mimetizar o TDAH (desatenção)

TDAH	Depressão	THB (Mania)	T. Ansiedade
<ul style="list-style-type: none">● Desatenção● Distratibilidade● Esquecido● Perde objetos	<ul style="list-style-type: none">● Problemas de concentração e memória fase dependente	<ul style="list-style-type: none">● Fuga de idéias● Distrações devido à aceleração do pensamento	<ul style="list-style-type: none">● Preocupação com medos ou obsessões● Pensamentos intrusivos● Angustia● Hipervigilância

Etiologia

- Etiologia multifatorial (**genética e ambiental**)
- Alta herdabilidade de 75%
- Fatores de risco ambientais:
 - Fumo na gestação (OR:4)
 - Baixo peso ao nascer (OR: 2-3)
 - TDAH em progenitor (OR:8)
 - Intoxicação por chumbo
- Fatores de risco genéticos (**dopaminérgicos**)
 - DRD4, Dat, ADRA2A

*Young Adult Outcome of Hyperactive Children
Adaptive Functioning in Major Life Activities*

*Russell A. Barkley, PH.D, Mariellen Fischer, PH.D,
Lori Smallish, M.a, and Kenneth Fletcher, ph.D,*

J.A.M, ACAD, CHILd adolesc, psychi at ry 4 5:2. februa ry 2006

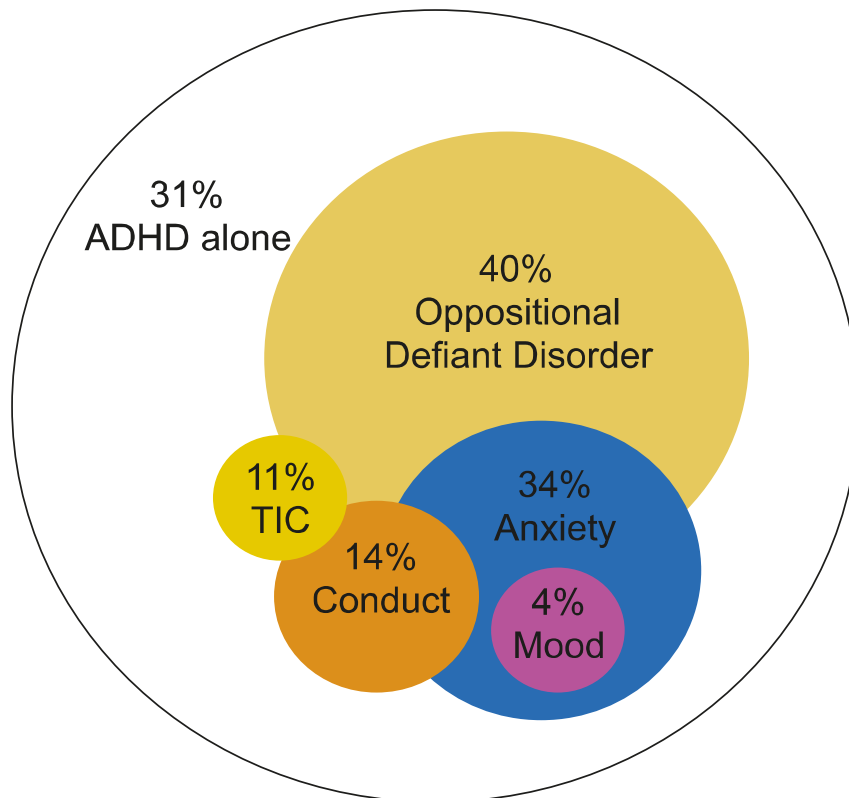
TABLE 1
CATEGORICAL EDUCACIONAL OCUPACIONAL AND FINANCIAL OUTCOMES

Measure	Hyperactive Group		Control Group		x ²	P
	N	Yes,96	N	Yes,96		
Retained in grade	149	42	76	13	18,72	<.001
Suspended during high school	149	60	76	28	34,60	<.001
Expelled during high school	149	13	76	5	3,52	NS
Special education during high school	149	44	76	10	25,15	<.001
Graduated high school	149	68	76	100	31,12	<.001
Enrolled in college	149	21	76	78	65,89	<.001
Currently full-time student	149	15	76	66	60,13	<.001
Ever fired from employment	147	55	73	23	19,97	<.001
Ever had a credit card	149	42	76	67	11,12	.001
Ever had a car loan	149	36	76	24	3,29	NS
Ever had other bank loans	149	36	76	25	1,46	NS
Owe money to other now	140	57	68	47	1,87	NS
Have savings account	149	52	76	70	6,73	.009
Have trouble saving to pay bills	149	44	76	30	3,77	.052

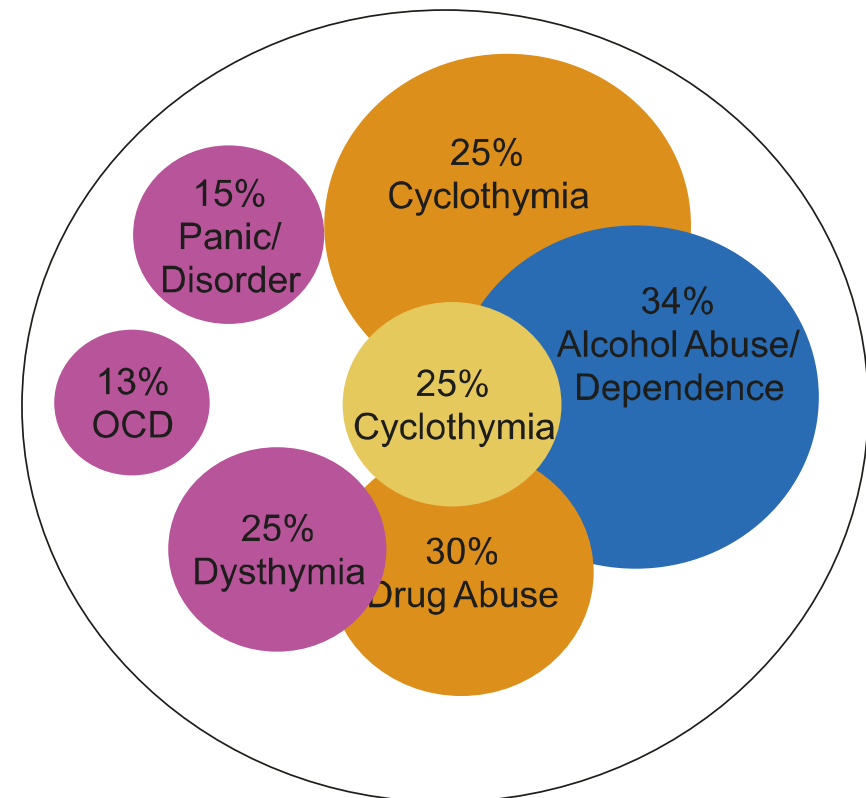
Note: x² = results of the x²; P = probability value for the x² test

Pacientes com TDAH apresentam altas taxas de comorbidades

Children & Adolescent

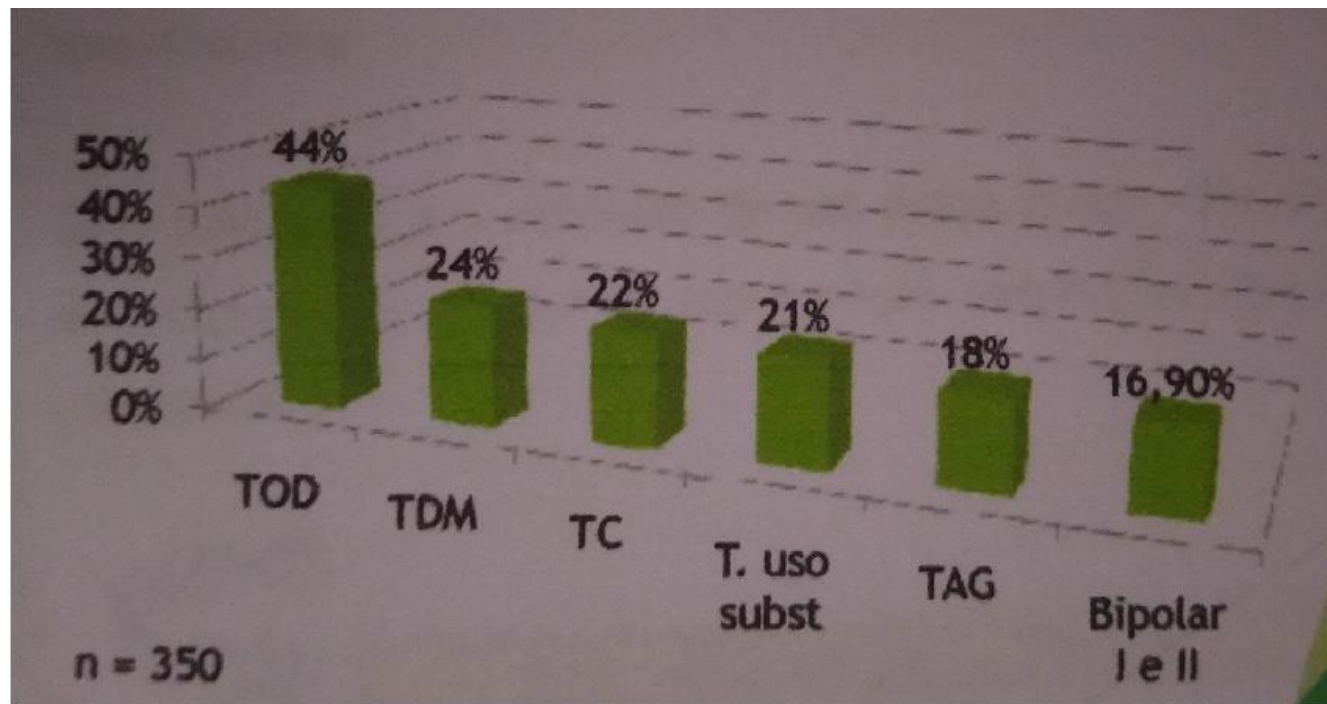


Adults



Lack of gender effects on subtype outcomes in adults with attention-deficit/hyperactive disorder support for the validity of subtypes

Comorbilidades TDAH em adultos em Porto Alegre



Avaliação

Problemas clínicos

- TCE
- Convulsões
- AIDS
- Hipotireoidismo
- Cardiopatias
- HAS
- Apnéia do Sono
- Higiene do sono



Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS):

Qualquer substância não produzida no organismo que tem propriedade de atuar em um ou mais de seus sistemas, produzindo alterações em seu funcionamento.

(Carlini; Nappo; Galduróz, 20001)

Substâncias Psicoativas

Aquelas que agem no Sistema Nervoso Central (SNC) produzindo alterações de comportamento, humor e cognição. Apresentando grande propriedade reforçadora sendo possíveis de autoadministração.



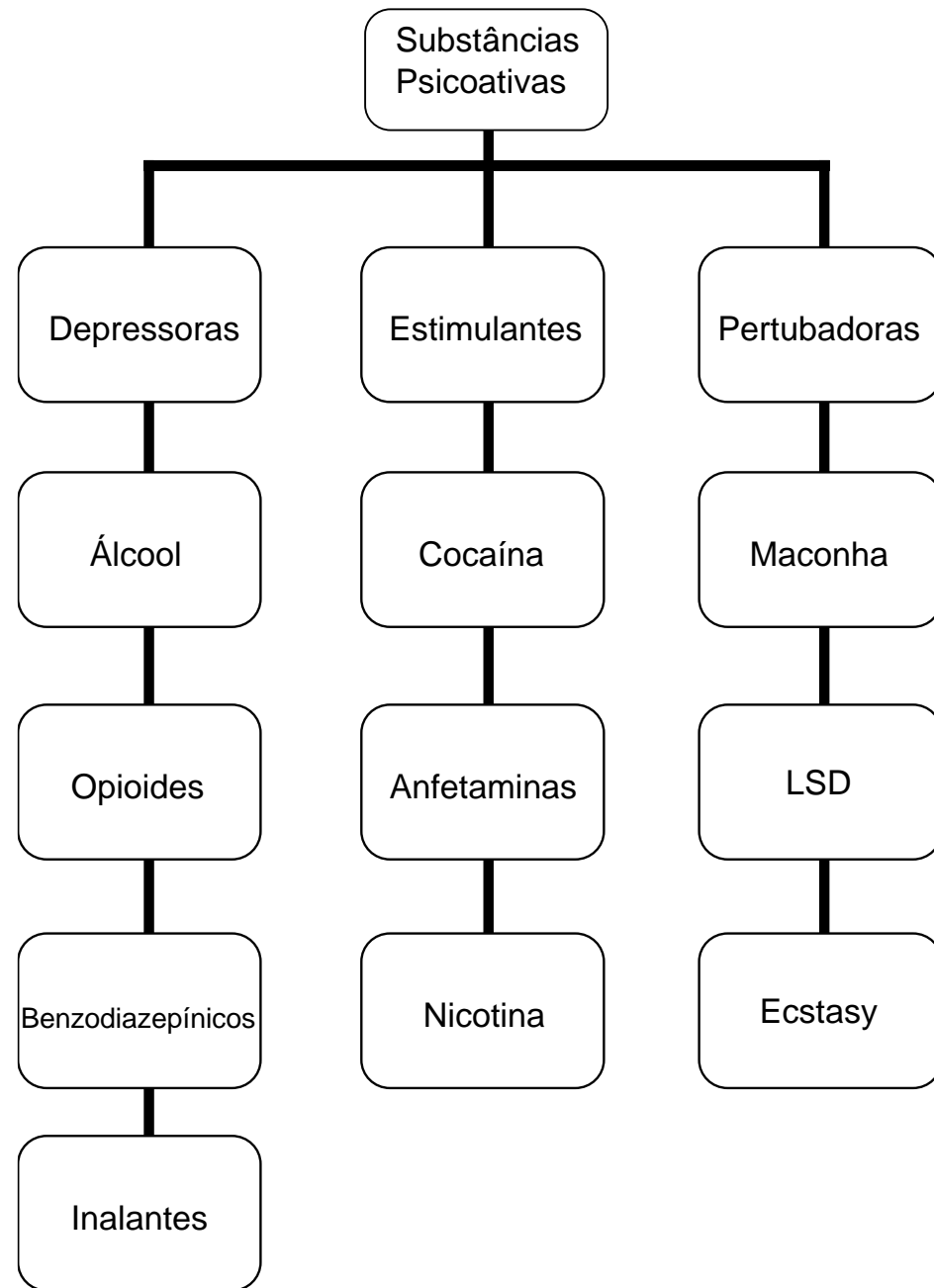
(Carlini; Nappo; Galduróz, 20001)

Classificação das Substâncias Psicoativas

Drogas Depressoras - São drogas que diminuem a velocidade de funcionamento do cérebro;

Drogas Pertubadoras - São substâncias cujo efeito principal é provocar alterações no funcionamento cerebral;

Drogas Estimulantes - Aumentam a atividade cerebral.



- Os efeitos de uma droga dependem de 3 elementos:

1) Propriedades farmacológicas;

2) A pessoa que usa; suas condições físicas e psíquicas; suas expectativas;

3) O ambiente e o contexto de uso dessa droga, tais como as companhias, o lugar de uso e o que representa esse uso socialmente.



Tudo converge para o usuário

Álcool

Demora do diagnóstico
piora o prognóstico

Uso nocivo e dependência - Pouco diagnosticados

Não existe consumo de álcool isento de riscos.

A prática clínica diária - Apenas às complicações clínicas do consumo.

Álcool

Efeitos do álcool dependem de fatores como:

- Quantidade de álcool ingerido em determinado período;
- Uso anterior de álcool;
- Concentração de álcool no sangue;
- Estado nutricional;
- Predisposição genética;



Álcool

Uma dose padrão equivale a...

Volume e tipo
de bebida

Com graduação
alcoólica de
cerca de:



40 ml
de pinga, uisque,
ou vodka

40%



140 ml
de vinho
de mesa

12%

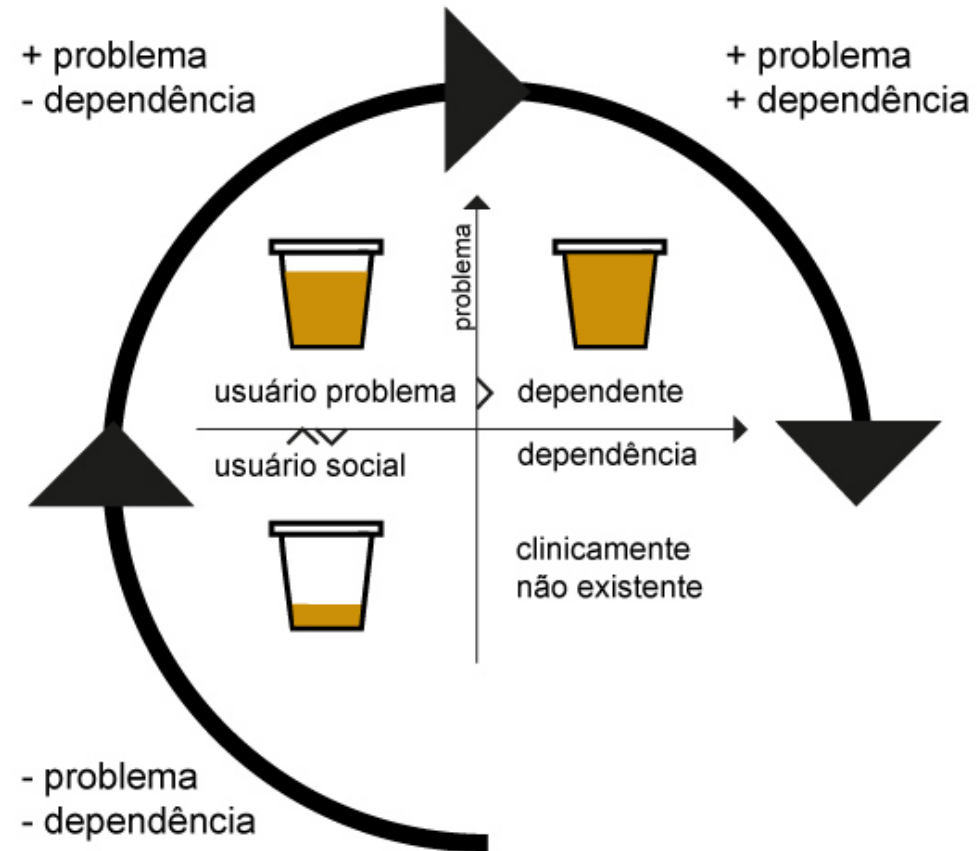


340 ml
(1lata)
de cerveja ou chopp

5%

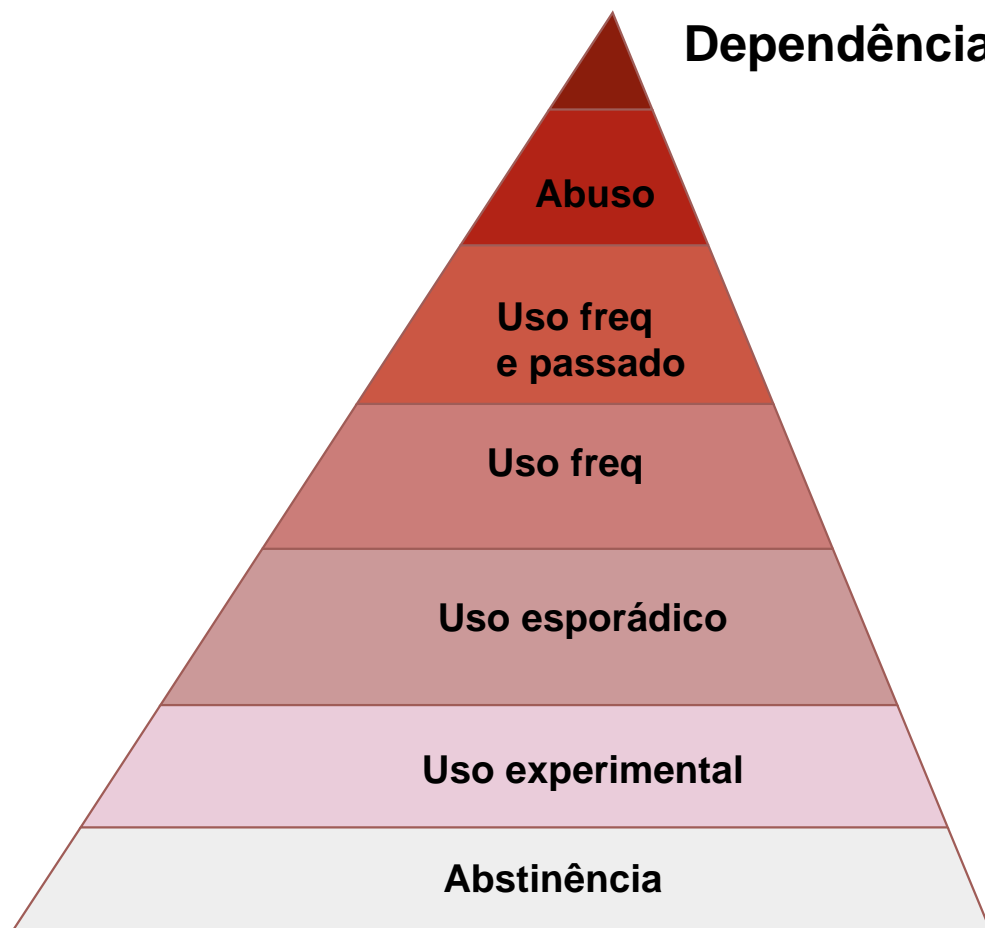
Álcool

Figura 1 Padrões de consumo



Fonte: Edwards (1976)

Álcool




Problemas graves



Nenhum problema

Álcool

Efeitos  **Agudos - imediatos**
Crônicos - Consumido repetitivo e prolongado



Efeito agudo do Álcool:

NÍVEIS DO ÁLCOOL NO SANGUE		
Baixo	Médio	Alto
Desinibição do comportamento	Ataxia	Podem surgir náuseas e vômitos
Diminuição da crítica	Fala pastosa, dificuldade de marcha e aumento do tempo de resposta	Diplopia (Visão dupla); Acentuação da ataxia e da sonolência (estupor até o coma)
Risos imotivados e instabilidade afetiva	Fala pastosa, dificuldade de marcha e aumento do tempo de resposta	Podendo ocorrer hipotermia (diminuição da temperatura corporal) e morte por parada respiratória
Certo grau de incordenação motora; Prejuízo das funções sensoriais		SENAD, 2006

Efeito Crônico do Álcool

Esôfago:

Dificuldade de deglutir



Estômago:

Gastrite e vômitos



Fígado:

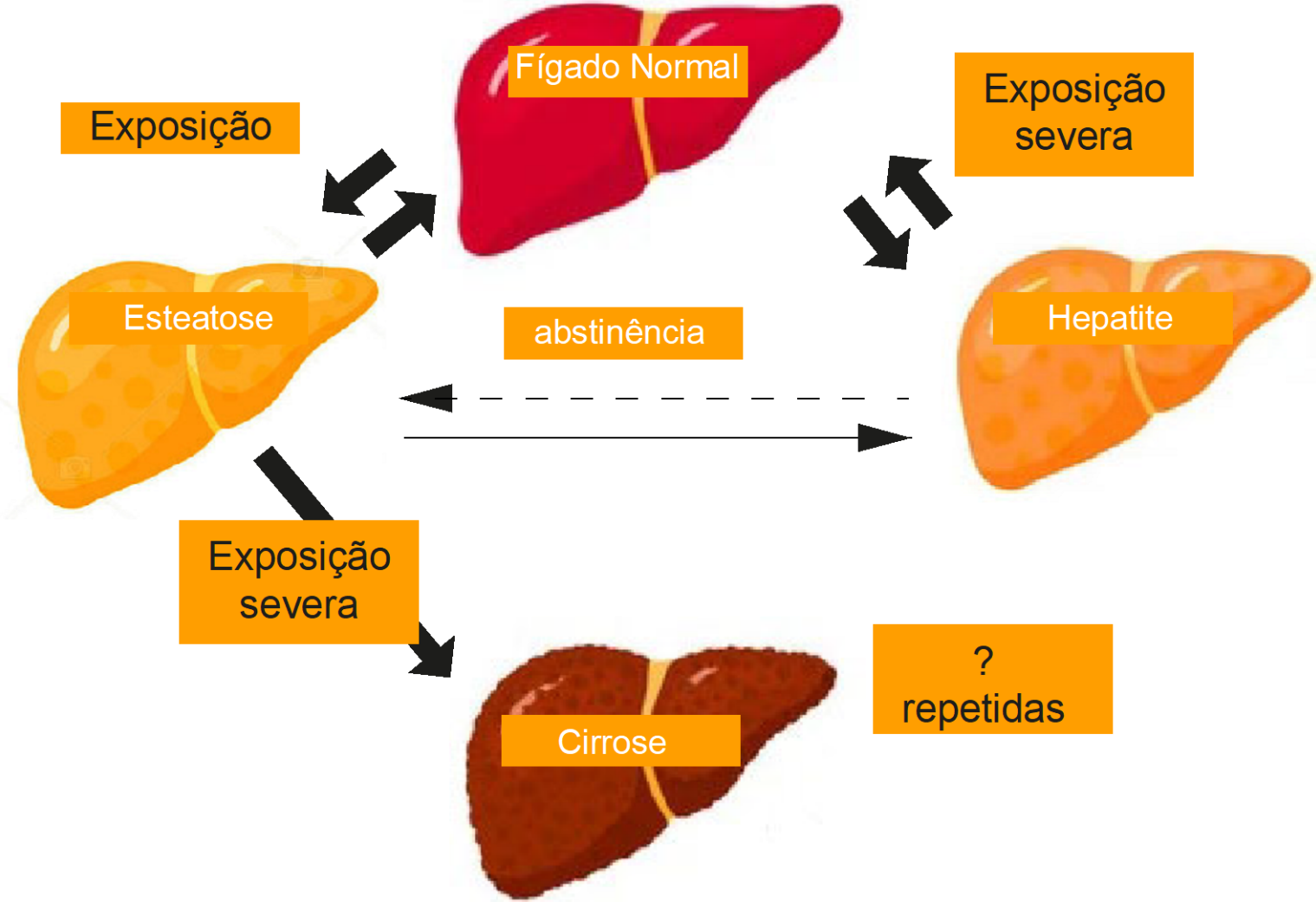
Esteatose hepática (acúmulo de gordura no fígado)

Icterícia (cor amarelada da pele e dos olhos)

Hepatite alcoólica (inflamação do fígado)

Cirrose hepática (Processo crônico)

Efeito Crônico do Álcool



Efeito Crônico do Álcool

Pâncreas:

Pancreatite crônica (inflamação do pâncreas)

Sistema Cardiovascular:

Arritmias cardíacas (ritmo cardíaco anormal)

Hipertensão arterial sistêmica (pressão alta)

Miocardiopatia alcóolica (aumento do coração)

Sistema Nervoso Central:

Neuropatia periférica (fraqueza motora)

Síndrome demencial alcóolica

(prejuízo de memória, de atenção,
orientação tempo e espaço)



coração
normal



coração
dilatado



cérebro
normal



cérebro
atrofiado



pâncreas
normal



pâncreas
inflamado

Efeito Crônico do Álcool

Sistema sanguíneo:

Anemia

Complicações psiquiátricas:

Alucinação alcoólica

Síndrome da abstinência alcoólica

Delirium Tremens

Apagamentos

Suicídios

Transtornos do sono



• Síndrome de Dependência Alcoólica (SDA)

“Estado psíquico e também geralmente físico, resultante da ingestão de álcool, caracterizado por reações de comportamento e outras que sempre incluem uma compulsão para ingerir álcool de modo contínuo ou periódico, a fim de experimentar seus efeitos psíquicos e por vezes evitar o desconforto de sua falta; a tolerância mesmo podendo ou não estar presente”. (OMS, 2001)

Clinicamente a SDA, baseada em sete sinais e sintomas:

1. Estreitamento do repertório de beber:

Bebe todos os dias e/ou faz uso padrão estereotipado;

2. Relevância da bebida:

Prioridade ao ato de beber ao longo do dia;

3. Aumento da tolerância ao álcool:

Aumento da dose para obter o mesmo efeito ou capacidade de executar tarefas mesmo com altas concentrações sanguíneas de álcool;

4. Sintomas repetidos de abstinência:

Síndrome de Abstinência do Álcool;

Clinicamente a SDA, baseada em sete sinais e sintomas:

5. Sensação subjetiva de necessidade de beber:

Existe uma pressão subjetiva para beber. Isto é, buscar alívio dos sintomas (fissura);

6. Alívio ou esquiva dos sintomas de abstinência pelo beber:

A pessoa pode sentir uma melhora do nível de ansiedade e não atribuir isto à abstinência;

7. Reinstalação da síndrome após abstinência:

Após período de abstinência que pode ser de dias ou meses assim que a pessoa volta a beber passa em curto espaço de tempo a beber no mesmo padrão de dependência antigo.

• Síndrome de Abstinência do Álcool (SAA)

Sinais e sintomas que aparecem quando as pessoas que bebem excessivamente diminuem ou param de beber.

São classificados em dois níveis:

LEVE/MODERADO (nível I)

GRAVE (nível II)

SAA - Nível I: Leve a moderado

- Leve agitação psicomotora ; tremores finos de extremidades; sudorese discreta e facial; episódios de cefaléia; náusea sem vômitos; sensibilidade visual.
- Contato com profissional de saúde está íntegro; orientado; o juízo crítico da realidade está mantido; ansiedade leve.
- Convivência está regular ou boa com familiares ou amigos; atividade produtiva ainda vem sendo desenvolvida; a rede social é ainda considerada existente.
- Sem complicações e/ou comorbidades clínicas e/ou psiquiátricas graves detectadas ao exame geral.

SAA - Nível II: Grave

- Agitação psicomotora intensa; tremores generalizados; sudorese profusa; cefaléia; náuseas com vômitos; sensibilidade visual intensa; quadros epileptiformes agudos ou relatados na história pregressa.
- Contato com profissional de saúde está prejudicado; desorientado; o juízo crítico da realidade está comprometido; ansiedade intensa; refere história de violência; o pensamento está descontínuo, rápido e de conteúdo desagradável e delirante; alucinações táteis ou visuais.
- Relacionamento com familiares ou amigos está ruim; sem desenvolver qualquer atividade produtiva; a rede social de apoio é inexistente ou restrita; não existe familiar que seja responsável pelo tratamento domiciliar.
- Com complicações e/ou comorbidades clínicas e/ou psiquiátricas graves detectadas no exame geral.

Co-ocorrência entre TDAH e Álcool

Estima-se que aproximadamente 30% dos sujeitos com TUSP (onde também se inclui a Síndrome de Dependência Alcoólica) apresentem comorbidade com o TDAH, taxa significativamente maior do que vista na população geral.

Vários estudos vêm analisando o possível efeito do TDAH no risco de desenvolvimento de TUSP.

TDAH: Dados Gerais

Uma das hipóteses é de que parte do risco para abuso ou dependência alcoólica poderia ser explicada pela presença de TDAH, uma vez que este transtorno se inicia antes dos primeiros contatos do indivíduo com a substância psicoativa (em geral na adolescência intermediária).

75% dos pacientes usuários de álcool apresentam comorbidades psiquiátricas, como o transtorno de conduta (TC), o TDAH e Transtornos do Humor.

No entanto, os dados da literatura não são concordantes em relação ao TDAH ser um fator de risco para o uso patológico de álcool e demais substâncias psicoativas em adolescentes isoladamente do TC.

Existe uma relação causal entre TDAH e uso de Álcool ?

Kuperman et al. (2001) encontraram uma maior prevalência de TDAH entre adolescentes usuários de álcool em comparação a controles. Nesse estudo, 72,2% dos jovens dependentes de álcool apresentavam diagnóstico de TDAH, TC ou TDAH + TC.

Recentemente, um estudo que acompanhou ao longo de dez anos 140 crianças/adolescentes com TDAH e 120 controles demonstrou que o grupo com TDAH apresentou significativamente mais uso regular de nicotina, álcool ou substâncias psicoativas ilícitas. (Biederman et al., 2006)

Existe uma relação causal entre TDAH e uso de Álcool ?

Em estudo de seguimento, Tapert et al. (2002) demonstraram que adolescentes com habilidades atencionais limitadas estavam em maior risco para uso patológico de álcool.

Apesar desses dados sugerirem que as crianças com TDAH apresentam maior risco de uso de álcool, a interpretação dos resultados não exclui a possibilidade de esses desfechos serem decorrentes, essencialmente, da comorbidade com TC, presente em 30% - 50% dos pacientes com TDAH.
(Biederman et al., 1991)

Existe uma relação causal entre TDAH e uso de Álcool ?

Do ponto de vista neurobiológico, TDAH e uso de Substâncias psicoativas (incluído o álcool) partilham de alguns modelos de risco, como a disfunção dopaminérgica, disfunção executiva e disfunção no sistema de recompensas. (Sonuga - Barke, 2002; Volkow et al., 2004; Fischer et al.)

Por consequência, crianças e adolescentes com TDAH tendem a ser mais propensos a gratificações imediatas e a ter menor capacidade de planejar e antecipar situações, todas essas características diretamente associadas ao uso de álcool ou outras substâncias psicoativas.

Existe uma relação causal entre TDAH e uso de Álcool ?

Em revisão de literatura, Wilens et al. (2003) demonstraram que, quando utilizado para fins de tratamento do TDAH desde a infância, o metilfenidato diminui o risco de uso álcool, por exemplo.

A presença de TDAH está associada a um menor intervalo de tempo entre a experimentação e o desenvolvimento de uso regular de álcool. Além disso, o TDAH pode afetar também o curso e o prognóstico da dependência química.

Em relação ao álcool, a presença de TDAH associou-se, em adolescentes, a recaídas mais imediatas e frequentes.

(Ercan et al., 2003)

Tratamento do TDAH em comorbidade ao uso de álcool

As necessidades terapêuticas de indivíduos alcoolistas e TDAH devem ser consideradas simultaneamente; entretanto, a literatura recomenda que a dependência ou abuso de álcool seja abordado primeiro. (Wilens, 2004)

Dependendo da gravidade e da duração da dependência de substâncias, pode-se considerar a possibilidade de internação - principalmente se houver história de fracasso nos tratamentos anteriores.

Tratamento do TDAH em comorbidade ao uso de álcool

O ideal é iniciar o tratamento do TDAH após a estabilização da dependência química; mas uma conduta pragmática de tratar em conjunto o TDAH também deve ser considerada, pois, se por um lado o abuso de substâncias pode exacerbar os sintomas de TDAH, por outro lado os sintomas do TDAH tendem a frustrar os esforços do paciente em interromper o abuso de substâncias.

(Aviram et al., 2001)

Farmacoterapia

Os resultados disponíveis sugeriram que o tratamento do TDAH é eficaz na redução dos sintomas da própria desatenção ou hiperatividade porém tenha pouco efeito na redução do uso de álcool ou da fissura relacionada ao uso.

O metilfenidato de liberação controlada SODAS mostrou-se significativamente superior ao placebo em reduzir os sintomas de TDAH e melhorar o funcionamento global dos adolescentes.

Farmacoterapia

Não existem evidências de que o uso de medicamentos para o TDAH exacerbaria o abuso a dependência de álcool, um receio comum entre os profissionais que tratam dependentes químicos. (Wilens, 2006)

Por fim, tanto o uso de medicamentos para tratamento do TDAH quanto o uso de substâncias devem ser monitorados - este por último por meio de screenings urinários aleatórios ao longo do tratamento.

(Wilens, 2004)

Em suma

Os estudos demonstraram que o tratamento com psicoestimulantes desde a infância proporciona efeito protetor para o desenvolvimento Síndrome de Dependência Alcoólica ou abuso do mesmo;

É possível que crianças e adolescentes com TDAH, independentemente da presença do TC, apresentem um maior risco para uso de substâncias psicoativas (incluindo o álcool);

Os dados apontam para uma transição mais rápida da experimentação para uso problemático de álcool em adolescentes com TDAH;

Em suma

Sintomas residuais de TDAH podem aumentar o risco para o uso de álcool e demais substâncias psicoativas .

A presença de TDAH entre sujeitos alcoolistas está associada a maior número de recaídas e menor adesão ao tratamento;

O TDAH em sujeitos alcoolistas ou mesmo abusadores deve ser tratado preferencialmente com estimulantes de liberação controlada , tendo em vista o menor risco de abuso.

Comorbidades entre o TDAH e o abuso e dependência de álcool: evidências por meio de modelos animais

Estudo realizado para avaliação comportamental investigando o efeito de drogas de abuso em ratos espontaneamente hipertensos.

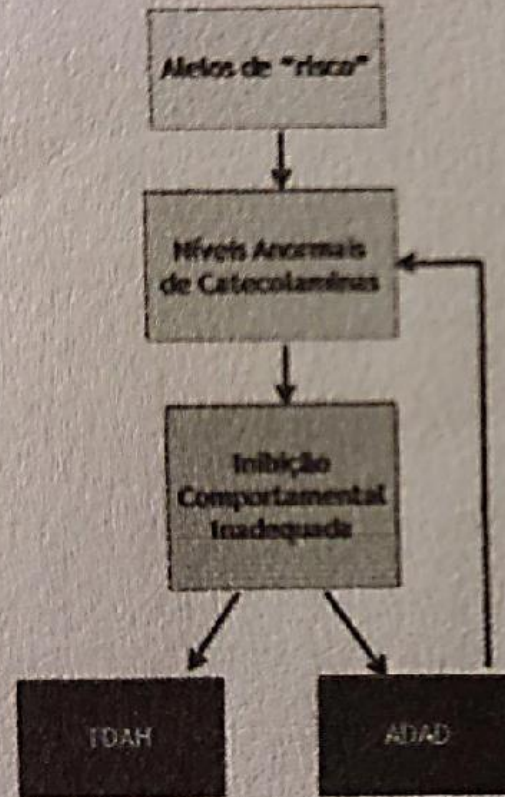
Ratos espontaneamente hipertensos, além de apresentarem as principais características do TDAH (impulsividade, hiperatividade e déficit de atenção) parecem ser mais sensíveis à psicoestimulantes e bebem grande quantidade de álcool.

Comorbidades entre o TDAH e o abuso e dependência de álcool: evidências por meio de modelos animais

O tratamento repetido destes ratos com o metilfenidato (droga psicoestimulante de escolha para o tratamento do TDAH) ou a exposição contínua a ambientes lúdicos durante a adolescência resultou, respectivamente, em aumento ou diminuição no consumo de álcool na idade adulta, enfatizando que fatores ambientais podem tanto favorecer como conferir resistência à comorbidade TDAH e abuso e dependência de álcool e outras drogas.

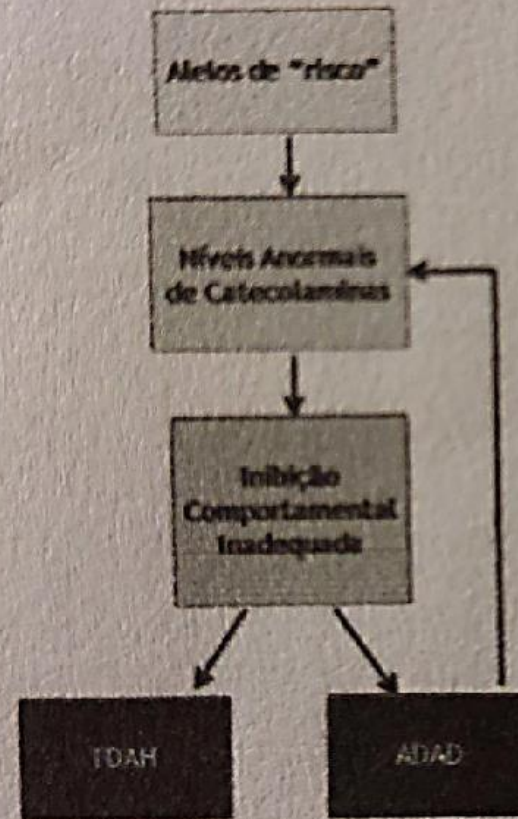
Apesar dos estudos estarem em fase inicial, a linhagem de ratos espontaneamente hipertensos parece ser um modelo promissor para o estudo da comorbidade frequentemente observada entre TDAH, abuso e dependência de álcool.

Modelo Hipotético



O modelo hipotético representa o conceito de que a limitada inibição de respostas comportamentais (i.e., impulsividade), mediada por influências genéticas na transmissão catecolinérgica (dopamina e noradrenalina) cerebral constitui fator de risco para ambos, TDH e ADAD. O abuso de drogas constitui também um fator ambiental de risco, que por sua vez causa adaptações ao sistema catecolinérgico, aumentando os prejuízos na inibição de respostas comportamentais. [Adaptado com permissão de Groman et al., 2009]

Modelo Hipotético

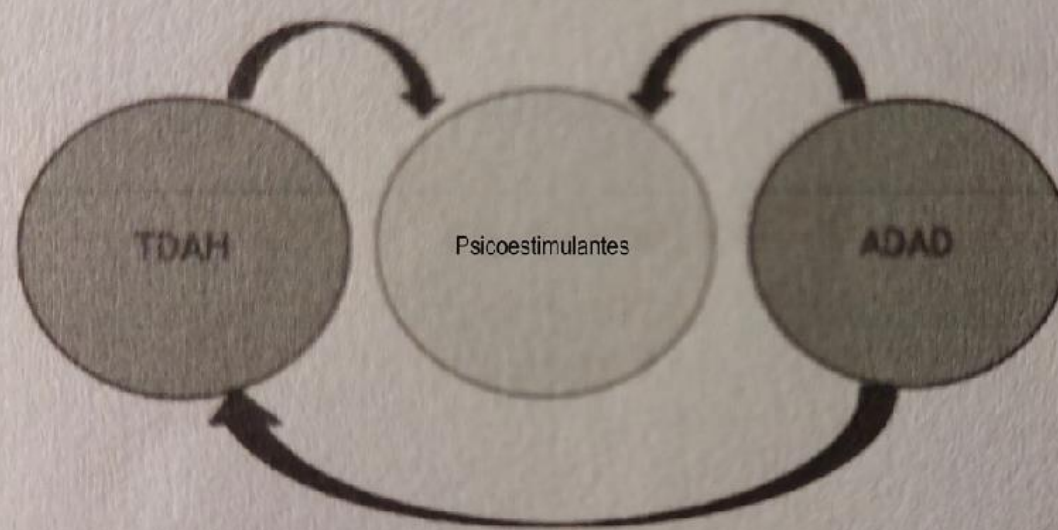


O modelo hipotético representa o conceito de que a limitada inibição de respostas comportamentais (i.e., impulsividade), mediada por influências genéticas na transmissão catecolaminérgica (dopamina e noradrenalina) cerebral constitui fator de risco para ambos, TDAH e ADAD. O abuso de drogas constitui também por um fator ambiental de risco, que por sua vez causa adaptações ao sistema catecolaminérgico, aumentando os prejuízos na inibição de respostas comportamentais. (Adaptado com permissão de Grotzer et al., 2009)

As relações entre o TDAH e ADAD

Tratamento
da patologia
(oral, baixas doses)

Origem
da patologia
(endovenoso; intra-nasal;
fumado; altas doses)



ADAD causa:
Hiperatividade, impulsividade e déficit de atenção

As relações entre o TDAH e ADAD são múltiplas. Inicialmente impulsividade e outros traços comportamentais no TDAH são geralmente tratados com baixas doses orais de psicoestimulantes. Em doses maiores ou após vias alternativas de administração, pode ocorrer euforia e efeito recompensador. Drogas psicoestimulantes nestas circunstâncias podem induzir o comportamento de abuso de drogas que conduzem adaptações moleculares cerebrais, que por sua vez podem agravar os sintomas comportamentais de TDAH (para os quais as drogas psicoestimulantes foram primeiramente prescritas). (Adaptado com permissão de Groman et al., 2009)

Comorbidades entre o TDAH e o abuso e dependência de álcool: evidências por meio de modelos animais

Dentre algumas anormalidades genéticas e neuroquímicas potencialmente associadas com o perfil comportamental dos SHR (ratos espontaneamente hipertensos), vale ressaltar as variações no gene transportador da dopamina (DAT1).

Alterações no DAT1 podem afetar a recaptura (reciclagem) e o metabolismo de dopamina (DA), mecanismos consistentes com a hipótese dopaminérgica do TDAH.

Comorbidades entre o TDAH e o abuso e dependência de álcool: evidências por meio de modelos animais

Ratos espontaneamente hipertensos criados em condições ambientais lúdicas (ambiente enriquecido), que incluem brinquedos, túneis e rodas, consumiram menores quantidades de álcool em comparação com ratos criados em condições normais .

Estes resultados enfatizam que estímulos ambientais precoces podem ter tanto um impacto positivo como negativo no desenvolvimento cerebral, conferindo resistência ou vulnerabilidade à comorbidade TDAH e ADAD.

Referências Bibliográficas:

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-IV). Porto Alegre: ARTMED; 1994.

BRASIL, Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Tratamento de dependência de crack, álcool e outras drogas: aperfeiçoamento para profissionais de saúde e assistência social. Brasília: SENAD, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portal Brasil. Crack, é possível vencer. Disponível em <http://www2.brasil.gov.br/crackepossivelvencer/programa> Acesso em: 30 de jan de 2014.

DIEHL, A et al. Dependência Química: Prevenção, Tratamento e Políticas Públicas. Porto Alegre: Artmed, 2011.

LARANJEIRA, R. Usuários de substâncias psicoativas: abordagem, diagnóstico e tratamento. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo/Associação Médica Brasileira, 2003.

Laranjeira R & Jerônimo C. Dependência e uso nocivo do álcool. Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas Departamento de Psiquiatria São Paulo s/d. [<http://www.psicosite.com.br/trat/drog/alcoolismo.htm#tolerancia>].

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Classificação de transtornos mentais e de comportamento (CID-10). Porto Alegre: Artmed; 1997.

obrigado!

monneratdaniel@hotmail.com